

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>FORMATO SARLAFT</b>                          |                                                                                           | Versión:                                                                                     | 1                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           | Fecha de aprobación:                                                                         | 27/12/2018                                                             |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           | Código:                                                                                      | 18-02-FO-0011                                                          |                                                                                     |
| <b>SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| FECHA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2024-09-27                                      | CIUDAD:                                                                                   | Bogotá D.C                                                                                   | DEPARTAMENTO:                                                          | Cundinamarca                                                                        |
| Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| <b>CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| PROVEEDOR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PARTICULAR <input type="checkbox"/>             | CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>                                       | SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>                                                    | OTRO <input type="checkbox"/>                                          | CUAL: <input type="text"/>                                                          |
| <b>I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 | SEGUNDO APELLIDO:                                                                         |                                                                                              | PRIMER NOMBRE                                                          | SEGUNDO NOMBRE                                                                      |
| ACOSTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 | VALBUENA                                                                                  |                                                                                              | LUISA                                                                  | FERNANDA                                                                            |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 | No IDENTIFICACION                                                                         | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                          |                                                                        | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                                                       |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 | C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> | 52380595                                                                                     | Bogotá                                                                 | 1996-02-22                                                                          |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | OTRO <input type="checkbox"/>                                                             | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            |                                                                        |                                                                                     |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)                                                       |                                                                                              | PAIS NACIMIENTO                                                        | NACIONALIDAD:                                                                       |
| 1977-12-13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 | Bogotá                                                                                    |                                                                                              | Colombia                                                               | Colombiana                                                                          |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                           |                                                                                              | PERSONA A CARGO                                                        | NUMERO DE HIJOS                                                                     |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVOR <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> CON LIBRE <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           |                                                                                              | 2                                                                      | 2                                                                                   |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        | PROFESION / OFICIO                                                                  |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        | CUAL: Psicóloga- Gerencia en                                                        |
| DIRECCION RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 | CIUDAD RESIDENCIA                                                                         | DEPARTAMENTO:                                                                                | PAIS RESIDENCIA:                                                       | TELEFONO RESIDENCIA                                                                 |
| KR 79 10 D 95 TO 5 AP 302                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 | BOGOTA                                                                                    | CUNDINAMARCA                                                                                 | COLOMBIA                                                               | 6014240965                                                                          |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | PORTAL O PAGINA INTERNET                                                                  |                                                                                              | TIPO DE VIVIENDA                                                       |                                                                                     |
| psiacovalufe@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                                                                           |                                                                                              | PROPIA <input checked="" type="checkbox"/>                             | FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDAD <input type="checkbox"/>                 |
| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 | CIUDAD:                                                                                   | DEPARTAMENTO:                                                                                | PAIS:                                                                  | TELEFONO/FAX                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| <b>2. DATOS DEL CONYUGE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 | SEGUNDO APELLIDO:                                                                         |                                                                                              | PRIMER NOMBRE                                                          | SEGUNDO NOMBRE                                                                      |
| PATIÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 | MACHUCA                                                                                   |                                                                                              | JAIME                                                                  |                                                                                     |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 | NUMERO IDENTIFICACION                                                                     | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                          |                                                                        | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                                                       |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 | C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> | 79055109                                                                                     | Bogotá                                                                 | 1987-11-20                                                                          |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | OTRO <input type="checkbox"/>                                                             | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                        | NACIONALIDAD: COLOMBIANO                                                            |
| <b>3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>             | HOGAR <input type="checkbox"/>                                                            | PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                                          | CUAL: <input type="text"/>                                             |                                                                                     |
| SOCIO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> | COMERCIANTE <input type="checkbox"/>                                                      | EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>                                                    |                                                                        |                                                                                     |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>         |                                                                                           | OTRA:.... <input type="checkbox"/>                                                           |                                                                        |                                                                                     |
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | DECLARA RENTA                                                                             | CODIGOS C11U ACTIVIDAD ECONOMICA                                                             |                                                                        |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                        | IVA <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/>                                    | 7220 <input type="text"/> 8699 <input type="text"/>                    |                                                                                     |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                        | AGENTE RETENEDOR                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>     | AGENTE AUTORETENEDOR                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| FUNCIONARIO PUBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS                                                              |                                                                                              | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |                                                                                     |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                    |                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.            |                                                                                     |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                 | GOBIERNO <input type="checkbox"/>                                                         | SERVICIOS <input checked="" type="checkbox"/>                                                | SALUD <input type="checkbox"/>                                         | #NIT 900.959.048-4                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> NOLOGIA <input type="checkbox"/> MENTOS <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> AMENTOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |
| OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 |                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |                                                                                     |

|                                                                                   |  |                                 |  |            |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | <b>FORMATO SARLAFT</b>          |  | Versión: 1 |  |  |
|                                                                                   |  | Fecha de aprobación: 27/12/2018 |  |            |                                                                                     |  |
|                                                                                   |  | Código: 18-02-FO-0011           |  |            |                                                                                     |  |

|                         |  |            |                        |                  |  |                   |  |          |  |
|-------------------------|--|------------|------------------------|------------------|--|-------------------|--|----------|--|
| DIRECCION DE LA EMPRESA |  | TELEFONO   |                        | CIUDAD/MUNICIPIO |  | DEPARTAMENTO      |  | PAIS     |  |
| CL 9 39 46              |  | 6017560505 |                        | Bogotá           |  | Cundinamarca      |  | Colombia |  |
| CARGO ACTUAL            |  |            | Auxiliar de Enfermería |                  |  | FECHA VINCULACION |  |          |  |

|                                              |  |                |  |                            |  |                       |  |                    |  |               |  |
|----------------------------------------------|--|----------------|--|----------------------------|--|-----------------------|--|--------------------|--|---------------|--|
| 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO |  |                |  |                            |  |                       |  |                    |  |               |  |
| NUMERO DE EMPLEADOS                          |  | VENTAS ANUALES |  | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA |  | DESCRIPCION ACTIVIDAD |  | FECHA CONSTITUCION |  | TIPO SOCIEDAD |  |
|                                              |  |                |  |                            |  |                       |  |                    |  |               |  |

|                            |               |                           |              |                           |                |                           |              |
|----------------------------|---------------|---------------------------|--------------|---------------------------|----------------|---------------------------|--------------|
| 5. INFORMACIÓN FINANCIERA  |               |                           |              |                           |                |                           |              |
| INGRESOS MENSUALES         |               | EGRESOS MENSUALES         |              | ACTIVOS                   |                | PASIVOS                   |              |
| SALARIOS                   | \$ 0          | GASTOS FAMILIARES         | \$ 1.500.000 | AHORROS                   | \$ 0           | SALDO HIPOTECA            | \$ 0         |
| HONORARIOS                 | \$ 27.397.683 | ARRIENDOS                 | \$ 0         | INVERSIONES               | \$ 0           | TARJETAS DE CREDITO       | \$ 1.750.000 |
| ARRIENDOS                  | \$ 0          | CUOTA VEHICULO            | \$ 0         | VEHICULOS                 | \$ 0           | DEUDA VEHICULOS           | \$ 0         |
| COMISIONES                 | \$ 0          | CUOTA VIVIENDA            | \$ 0         | PROPIEDADES               | \$ 150.000.000 | DEUDAS TERCEROS           | \$ 5.000.000 |
| OTROS INGRESOS*            | \$ 0          | OTROS EGRESOS*            | \$ 300.000   | OTROS ACTIVOS*            | \$ 0           | OTROS PASIVOS*            | \$ 0         |
| TOTAL INGRESOS             | \$ 27.397.683 | TOTAL EGRESOS             | \$ 1.800.000 | TOTAL ACTIVOS             | \$ 150.000.000 | TOTAL PASIVOS             | \$ 6.750.000 |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS |               | DESCRIPCION OTROS EGRESOS |              | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS |                | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |              |
| N/A                        |               | N/A                       |              | N/A                       |                | N/A                       |              |

|                                                                                                                                      |  |                          |  |                 |  |                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------|--|---------------------------------------|--|
| 6. REFERENCIAS PERSONALES<br>( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral) |  |                          |  |                 |  |                                       |  |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                      |  | SEGUNDO APELLIDO:        |  | PRIMER NOMBRE   |  | SEGUNDO NOMBRE                        |  |
| SILVA                                                                                                                                |  | CHAPARRO                 |  | MARIA           |  | LILIA                                 |  |
| DIRECCION                                                                                                                            |  | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS |  | TIPO RELACION   |  | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |  |
| BOGOTA                                                                                                                               |  | BOGOTA                   |  | Amistad- Colega |  | 3046345374                            |  |

|                          |  |                  |  |             |  |                 |  |            |  |
|--------------------------|--|------------------|--|-------------|--|-----------------|--|------------|--|
| 7. REFERENCIA FINANCIERA |  |                  |  |             |  |                 |  |            |  |
| NOMBRE ENTIDAD           |  | TIPO DE PRODUCTO |  | NUMERO      |  | SUCURSAL        |  | TELEFONO   |  |
| BANCO CAJA SOCIAL        |  | Ahorros          |  | 24143100384 |  | Zona Industrial |  | 6013138000 |  |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

|                |  |                  |  |        |  |             |  |        |  |                |  |
|----------------|--|------------------|--|--------|--|-------------|--|--------|--|----------------|--|
| NOMBRE ENTIDAD |  | TIPO DE PRODUCTO |  | NUMERO |  | PAIS/CIUDAD |  | MONEDA |  | MONTO PROMEDIO |  |
| N/A            |  | N/A              |  | N/A    |  | N/A         |  | N/A    |  | N/A            |  |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

☐ IMPORTAR ☐ EXPORTAR ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":                                                                                                                                                                                                             |  |
| 1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Auxiliar de Enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. |  |
| 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Asalariado:</b> Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.<br><b>Pensionado:</b> Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.<br><b>Profesional Independiente/Contratistas por OPS:</b> Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante <b>Nota:</b> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.<br><b>Socios Empresas:</b> Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>FORMATO SARLAFT</b> | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 27/12/2018<br>Código: 18-02-FO-0011                |  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</p> |
| <p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p><b>APODERADO:</b> Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p><b>10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p><b>CONSIDERACIONES</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p><b>AUTORIZACION</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p><b>Declaro expresamente:</b></p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.</p> <p>6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(<u>INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</u>).</p> <p>9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.</p> |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
| <p><b>IX. FIRMA Y HUELLA</b></p> <p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                                       |                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |  |                                                                                                                              |
| <p>Firma Cliente / Representante Legal</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | <p>Huella Índice Derecho</p>                                                          |                                                                                                                              |